In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

La faculté

seek knowledge

Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects medical documents written by Algerian assistant professors, professors or any other health practicals and teachers from the same field.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for the most content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to be in contact with all authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com to settle the situation.
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.

www.la-faculte.net

Thrombose veineuse profonde

- Une phlébite est une thrombose veineuse profonde ; au niveau du membre inférieur, elle est constamment occlusive.
- Quelques causes médicales : cirrhoses (déficit en antithrombine III, en protéine C ou S). Lupus (syndrome des antiphospholipides ; anticoagulants circulants) ; maladie de Behçet ; hernie hiatale et fibrome utérin par hémorragie à minima ⇒ état d'hypercoagulabilité.
- Signe de pancarte : température et pouls ↗.
- Stratégie diagnostique : elle prend compte la probabilité clinique de phlébite et fait appel à 2 examens diagnostiques : échographie veineuse et dosage des D-dimères.
- Le signe fondamental recherché par l'échodoppler est la perte de la compressibilité. Cet examen est surtout performant pour les thromboses fémorales et poplitées.
- Le dosage des D-Dimères se fait par technique ELISA ; ce test à une très forte valeur prédictive négative.
- La phlébographie peut être fait en cas de discordance entre D-Dimères positif et échographie négatif
- Phlematia alba dolens : il s'agit du stade tardif évolutif de la phlébite ; les signes généraux sont constants (fièvre élevée, hyperleucocytose, VS↗↗). Les signes locaux sont majeurs (œdème blanc, dur, chaud, déformant la jambe, ne prenant pas le godet). Impotence fonctionnelle totale.
- Phlegmatia cœrulea : début brutal, pseudo-embolique, elle associe à la phlébite une ischémie artérielle par compression artérielle due à l'œdème ou pas spasme. Elle complique les phlébites haires (iliofémorale) ; le membre est oedématiée, froid, cyanosé et les pouls périphériques sont absents. Les embolies pulmonaires sont fréquentes.
- En cas de phlébite superficielle le traitement est uniquement locale (AINS).
- Syndrome de défilé costoclaviculaire ⇒ phlébite du membre supérieur.
- L'HBPM est le traitement curatif d'urgence de référence (100 UI/Kg matin et soir si Lovenox®)
- Les antivitamines K sont débutés sont débutées dès le premier jour, pour diminuer au maximum la durée de l'héparinothérapie et prévenir les thrombopénie. (durée : minimum 3 mois
- L'HBPM est arrêté lorsque l'INR est entre 2 et 3.
- La thrombolyse est une indication possible de la phlegmatia cœrulea.
- Interruption partielle de la veine cave par filtre cave → à discuter en cas de thrombose proximale extensive avec caillot flottant malgré un traitement bien conduit ; d'embolies pulmonaires récidivantes malgré un traitement bien conduit ; d'embolies pulmonaires récidivantes ; ou d'embolie pulmonaire avec contre-indication au traitement anti-coagulant.

Embolie pulmonaire

- Le retentissement respiratoire est complexe, se traduisant fréquemment par une hypoxie sans rétention de gaz carbonique. On observe à la fois un effet espace mort (zones ventilées non perfusées) et une augmentation du shunt physiologique. Ce dernier est expliqué par la persistance d'un débit sanguin dans les zones embolisées et par l'ouverture d'anastomoses latentes sous l'effet de l'HTAP.
- La gazométrie artérielle objective le plus souvent une hypoxie-hypocapnie avec alcalose respiratoire. L'hypoxie est bien corrigée par l'oxygénothérapie. Une PaO_2 > 80% dans plus de 25% des cas.
- D-Dimères : sensibilité > 95% si technique ELISA ; seuil de positivité est de 500 ng/mL ; si taux < à ce seuil on peut exclure le diagnostic d'embolie pulmonaire. Un taux élevé ou même très élevé n'a pas d'intérêt pratique.
- ECG : le plus souvent normal. Peut montrer une déviation axiale droite de l'axe de QRS ; aspect S1Q3 ; bloc de branche droit ; onde P « pulmonaire » (amplitude ↗)…
- Signes d'appel respiratoires : La dyspnée 80% des cas ; la polypnée > 16/min dans 90% des cas ; hémoptysie plus rarement (retardée 24h après la douleur ou la dyspnée, noirâtre) ; toux sèche. La douleur thoracique dans 84% des cas. La triade dyspnée–douleurs–hémoptysie est évocatrice (25% des cas). La fièvre est absence au tout début ; fréquente > 38°C dans 40% des cas et > 39°C dans 20% des cas.
- Bronchospasme (≡ crise d'asthme) dans 5% des cas.
- Signes de mauvaise tolérance (embolie pulmonaire massive > 50%)
  - Tachycardie > 120 en l'absence de fièvre
  - Troubles de repolarisation circonférentiels à l'ECG
  - Signes d'IVD
  - Signes de choc ou collapsus ou hypotension artérielle
  - Signes neurologiques (syncope, convulsions…).
  - Acidose métabolique à la gazométrie
- Il existe des anomalies radiologiques (téléthorax) dans la grande majorité des cas (80% des cas).
- Signes radiologique d'embolie massive : distension d'une artère pulmonaire, avec zone claire d'hypovascularisation ; dilatation des cavités droites avec cœur en sabot ; hypovascularisation périphérique
- Les images radiologiques :
  - *Bronchoconstriction* : atélectasies (plane, horizontale) ; surélévation d'une coupole diaphragmatique
  - *Infarctus pulmonaire* : opacité triangulaire périphérique, systématisée non rétractile basale (lobe inférieur).
  - *Irritation pleurale* : émoussement ou épanchement plus important
- La scintigraphie normale élimine le diagnostic d'embolie pulmonaire récente (moins de 10 jours). 75 % des scintigraphies sont intermédiaires (?).
- Thrombolytiques : indiqués dans l'embolie pulmonaire massive avec critères de choc : état de choc ou mauvaise tolérance hémodynamique
- Interruption de la VCI :
  - 2 Indications formelles : embolie pulmonaire ou TVP avec contre-indications aux anticoagulants ; récidive embolique prouvée sous traitement médical bien conduit.
  - Les autres indications : accidents aux anticoagulants ; après embolectomie chirurgicale ; cœur pulmonaire post-embolique.
- En cas de suspicion d'embolie pulmonaire massive, le diagnostic de certitude ne doit pas être différé